

Modelos de identificación, perfiles y valores en la educación médica

MARÍA VINIEGRA¹, LEONARDO VASTA¹, PASCUAL VALDEZ²

¹JTP Medicina Interna; ²Profesor Adjunto Medicina Interna
Cátedra de Medicina Interna (UBA), Hospital Vélez Sarsfield

RESUMEN

Introducción: Aunque la formación de profesionales idóneos otorga un perfil determinado, todavía no se ha estudiado en profundidad la influencia de los modelos de identificación (MI) en el desarrollo de éste perfil profesional. *Objetivos:* Cuantificar la presencia de modelos de identificación (MI) en el desarrollo profesional, comparando estudiantes y médicos, especialidades clínicas y quirúrgicas. *Material y métodos:* Se encuestaron médicos y estudiantes de Medicina, en dos instituciones: un hospital municipal (con actividad de grado y posgrado) y un instituto privado (con actividad de posgrado), y por Internet. El muestreo fue azarizado en las instituciones, consecutivo por Internet. Respondieron 279 médicos y estudiantes (tasa global 61.45%). *Resultados:* El 82.8% eran médicos, 69.1% de especialidades clínicas, y 50.2% mujeres. El 82.1% recuerda un MI, más en médicos que en estudiantes (86.58% vs. 60.41%, $p=0.0001$). Los especialistas en áreas clínicas identificaron MI con mayor frecuencia que sus pares quirúrgicos (89.54% vs. 76.66%, $p=0.034$). Las cualidades identificadas con mayor frecuencia fueron: inteligencia (74.7%), dedicación al trabajo (62%), capacidad docente (57.6%) y compromiso (51.1%). Hay diferencias a favor de los médicos en inteligencia (77.5% vs. 55.2%, $p=0.02$) y autocrítica (25.00% vs. 3.4%, $p=0.007$), y a favor de los estudiantes en la capacidad de comunicación (62.1% vs. 34.0%, $p=0.007$). Hay diferencias a favor de los clínicos en el compromiso (55.9% vs. 37.0%, $p=0.028$) y a favor de los cirujanos en las destrezas manuales (23.9% vs. 4.9%, $p=0.001$). Predominó la capacidad de resolver problemas en los menores de 30 años, y la idoneidad y honestidad en mayores de 50 años. En el modelo ideal predominaron las cualidades actitudinales (mediana 4, rango: 0-9). *Conclusiones:* El 82% ha tenido MI, lo que ha sido más frecuente en médicos que en estudiantes, y más en clínicos que en cirujanos. Las cualidades predominantes en los MI fueron: inteligencia, dedicación al trabajo, capacidad docente y compromiso. En el modelo ideal propuesto predominan las cualidades actitudinales.

Palabras clave: Perfiles - Competencia - Modelos - Identificación - Actitudes - Cualidades.

ABSTRACT

Introduction: The training of competent professionals requires a determined profile. So far, the influence of the models of identification (IM) in the development of this professional profile has not been studied thoroughly. *Objectives:* To quantify the existence of models of identification (IM) in the professional development of medical doctors, comparing students and doctors, and clinical and surgical specialties. *Material and methods:* We administered a survey to physicians and medical students at two institutions: a municipal hospital (graduate and postgraduate activity) and a private institute (only postgraduate), and through the Internet. The sampling was randomized in the institutions, and consecutively for the Internet. There were 279 respondents (global rate 61.45%). *Results:* Eighty two percent were doctors, 69.1% from medical specialties, and 50.2% were women. Eighty two percent (82.1%) recalled one IM, and this was more frequent in doctors than in students (86.58% vs. 60.41%, $p=0.0001$). The medical specialists identified IM with major frequency than the surgical ones (89.54% vs. 76.66%, $p=0.034$). The qualities more frequently identified were: intelligence (74.7%), dedication to the work (62%), educational capacity (57.6%) and commitment (51.1%). There are differences in favor of the medical specialists in commitment (55.9% vs. 37.0%, $p=0.028$) and in favor of the surgeons in manual skills (23.9% vs. 4.9%, $p=0.001$). The aptitude to solve problems predominated in those of less than 30 years old, and the professional competence and honesty in those over 50 years old. In an ideal model attitudinal qualities predominate (median 4, range: 0-9). *Conclusions:* Eighty two percent has had IM, and this was more frequent in doctors than in students, and in medical than in surgical specialties. The predominant qualities in IM were: intelligence, dedication to the work, educational capacity and commitment. In an ideal model attitudinal qualities predominate.

Key words: Profiles - Competition - Models - Identification - Attitudes - Qualities.

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones principales de cualquier Facultad de Medicina debería ser la formación de profesionales idóneos, que posean los conocimientos, destrezas, habilidades comunicacionales y de manejo de información científica, actitudes éticas y capacidad de identificar y resolver problemas comunes de la práctica asistencial, que les permitan comprender y tratar las enfermedades, promover la salud de personas y grupos, mantener actualizada su aptitud profesional y contribuir al crecimiento del conocimiento, en un proceso de educación continua con actitudes positivas hacia la docencia y la investigación. A lo largo de la carrera el estudiante va adquiriendo la capacidad de establecer vínculos profesionales y afectivos que le permiten recoger datos clínicos con precisión y seguridad, evaluar el significado de lo detectado, definir los problemas clínicos estableciendo un orden jerárquico según importancia y urgencia, tomar decisiones y ejecutar conductas que en todo momento privilegien el bienestar y la seguridad del paciente por sobre cualquier otro aspecto¹⁻³. Este conjunto de aprendizajes se denomina «Competencia Clínica». Sin embargo, en general no se han definido en forma explícita los caracteres del «Buen Médico» que las Facultades deben formar.

La competencia clínica está compuesta por tres áreas: actitudes, conocimientos y destrezas; el desarrollo de las mismas define el tipo de perfil profesional que producirá el sistema educativo.

Así es como han surgido los perfiles profesionales. El perfil profesional es «el conjunto de elementos o rasgos desarrollables que caracteriza a la persona en su integración individual y en su actividad funcional»⁴. El perfil profesional es el entorno lógico de una profesión determinada y el molde más racional para la estructuración del currículum. Parece claro que un currículum basado exclusivamente en contenidos no es completo cuando se busca la formación integral de profesionales que sirvan funcionalmente a la sociedad. La adquisición del perfil depende de la correcta estructuración de otros elementos esenciales del aprendizaje como: técnicas de enseñanza sistemáticas, integración de experiencias estructuradas, el entorno del aprendizaje y la incorporación de modelos de identificación profesional⁵.

Se definen como modelos de identificación a «las personas que podrían ser imitadas porque tienen características que son deseables o están en posiciones que quieren alcanzarse». Los modelos de identificación son figuras percibidas como ideales por los individuos que constituyen espejos donde reflejarse. En la formación médica que, como toda forma de educación de adulto, se caracteriza por un alto grado de motivación, los modelos podrían constituir un poderoso

vehículo para la transmisión de valores, actitudes y conductas en los estudiantes y los médicos jóvenes.

No se han estudiado en profundidad la influencia de los modelos en el desarrollo del perfil profesional. Algunos autores⁶ han explorado el desarrollo de modelos de identificación profesional en estudiantes y médicos jóvenes. Nuestra Cátedra ha llevado adelante un estudio tendiente a evaluar en estudiantes y médicos la relevancia e impacto de los modelos de identificación en el desarrollo del perfil profesional.

Los objetivos del presente estudio son:

1. Cuantificar la presencia de modelos de identificación en el desarrollo profesional.
2. Comparar la prevalencia de modelos entre estudiantes y médicos, y dentro de estos últimos en especialidades clínicas y quirúrgicas.
3. Identificar el momento de la formación en que aparecieron dichos modelos.
4. Cuantificar la frecuencia de modelos de identificación separados por áreas de la competencia clínica (actitudes, conocimientos y destrezas), y por edades, estableciendo comparación entre estudiantes y médicos, y entre clínicos y quirúrgicos.
5. Identificar un perfil definido libremente por los respondedores, comparando las áreas de la competencia clínica más elegidas según edad y presencia o no de modelo de identificación.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el primer semestre de 2003 se realizaron encuestas a médicos y estudiantes de medicina, en un hospital municipal con unidad hospitalaria y un instituto especializado. Accesoriamente, la encuesta se distribuyó por Internet a través de la lista de correo de los investigadores. La encuesta incluía ítems tanto estructurados como abiertos. Se registraron edad, año de graduación, sexo, especialidad, universidad de origen. Se preguntó si recordaba que alguna persona (o más) haya influido trascendentalmente en su formación profesional, cuántas, en qué momento conoció a la persona más influyente (ciclo básico, ciclo clínico, residencia o post residencia). Se pidió que señalara las principales cualidades que admiró en las personas que actuaron como modelos (de un listado de 20 cualidades, algunas de ellas obtenidas de la cita 17) y que liste los valores y virtudes que más aprecia en un profesional médico. El formato de la encuesta se muestra en el anexo 2.

Se incluyeron en la población profesionales médicos y estudiantes de medicina de ambas instituciones, contactos de lista de correo electrónico de los investigadores.

Se tomó una muestra al azar en las instituciones, y consecutiva por Internet.

Se utilizó estadística tanto descriptiva como inferencial. Se usaron los test de chi cuadrado (χ^2), Fisher, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se consideró significativo el valor de p menor a 0.05.

RESULTADOS

Respondieron 279 médicos y estudiantes, lo cual representó una tasa global de 61.45% de la muestra (hospital municipal 96.87%, instituto especializado 83.63%, Internet 34.4%). Hubo predominio de médicos sobre estudiantes (82.8% y 17.2%), de especialidades clínicas sobre quirúrgicas (69.1% y 26.1%), sin diferencias de sexo (mujeres 50.2%) y la mayor franja etaria se ubicó entre los 31 y 45 años (43%). El 85.7% eran egresados de la Universidad de Buenos Aires.

El 82.1% de los encuestados recuerda haber tenido al menos un modelo de identificación. Este recuerdo fue mayor en médicos que en estudiantes (86.58% vs. 60.41%, $p=0.0001$). Entre los estudiantes, el momento de identificación del modelo estuvo distribuido por igual entre los ciclos biomédico y clínico, en tanto que la mayoría de los profesionales que identificaron modelos, lo hicieron durante el ciclo clínico y la residencia (33 y 35.5% respectivamente) (Figura 1). Cuando se estratificó la muestra por edad mayor o menor de 50 años, entre los mayores de 50 se jerarquizó el período de la post-residencia (6% vs. 30.8% para menores y mayores de 50 años, respectivamente, $p=0.18$). Esta observación podría dar cuenta de la movilidad de los modelos a través de la formación médica. Los profesionales con especialidades clínicas identificaron modelos con mayor frecuencia que sus pares quirúrgicos (89.54% vs. 76.66%, $p=0.034$).

Respecto a la cantidad de modelos, el 28% pudo identificar la presencia de dos modelos influyentes, y no se detectaron diferencias significativas a favor de ningún número ($p=0.686$). Tampoco se apreciaron diferencias significativas al considerar la preva-

lencia del número de modelos según especialidad ($p=0.254$) (Figura 2).

La función que desempeñaba la persona que actuó como modelo de mayor importancia difirió entre estudiantes y médicos. Entre los estudiantes, 17 (63%) refieren modelos docentes mientras que sólo el 24% de los médicos los citan. Por otra parte el 64% de los médicos vs el 37% de los estudiantes reconocen un modelo que tenía función asistencial ($p<0.0001$).

Al analizar la frecuencia de las cualidades más apreciadas en los modelos de identificación, surge en primer lugar la inteligencia, con el 74.7% de los encuestados, seguida por la dedicación al trabajo (62%), capacidad docente (57.6%) y compromiso (51.1%). En la franja 49-20%, siguieron en orden descendente: honestidad, capacidad de resolver problemas, idoneidad, capacidad de comunicación, integridad, liderazgo, habilidades clínicas, autocrítica y creatividad. Entre 19-10% siguieron: generosidad, éxito profesional, altruismo. Con menos de 10%: compasión, simpatía, destrezas manuales, éxito económico.

Comparando cada una de las cualidades entre médicos y estudiantes, con el test exacto de Fisher, surgen diferencias significativas en la elección de inteligencia (77.5% vs. 55.2%, $p=0.02$) y de la capacidad de autocrítica (25.00% vs. 3.4%, $p=0.007$) por parte de los médicos, y de la capacidad de comunicación (62.1% vs. 34.0%, $p=0.007$) entre los estudiantes (Figura 3).

Al establecer la comparación entre clínicos y cirujanos, se hallan diferencias en la selección de compromiso (55.9% vs. 37.0%, $p=0.028$) entre los clínicos y de las destrezas manuales (23.9% vs. 4.9%, $p=0.001$) entre los cirujanos (Figura 4). Hubo una tendencia (sin alcanzar significación estadística) para capacidad de comunicación y capacidad docente en especialidades clínicas.

Al evaluar las cualidades en función de la edad, tomando aquellas que superan un 50% de respondedores, la inteligencia, dedicación al trabajo, com-

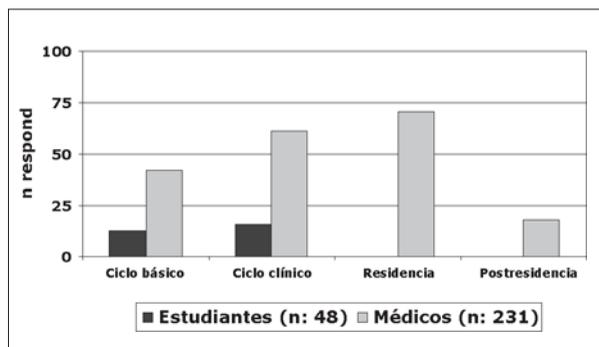


Figura 1. Momento de adquisición del modelo.

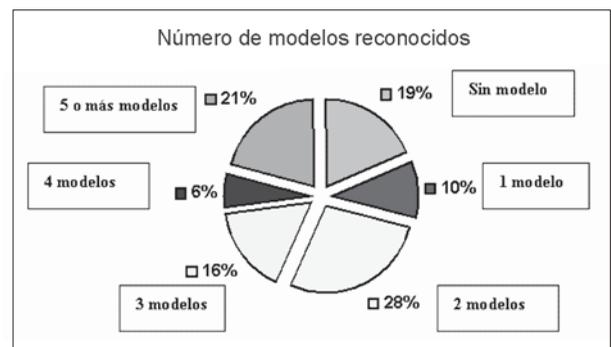


Figura 2. Número de modelos influyentes.

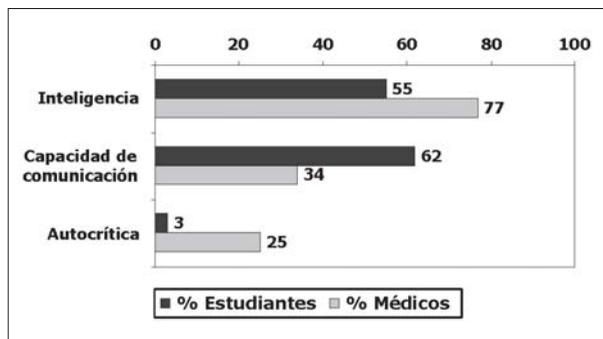


Figura 3. Cualidades diferenciales entre médicos y estudiantes.

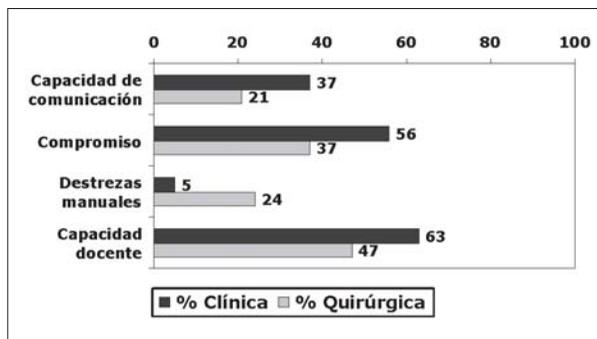


Figura 4. Cualidades diferenciales entre clínicos y cirujanos.

Tabla 1

Categorización de cualidades referidas por los encuestados

Cualidades actitudinales	Integridad	Humildad
	Honestidad	Humanidad
	Altruismo	Autocrítica
	Compromiso	Liderazgo
	Comprensión	Respeto
	Dedicación	Cuidado de la relación médico-paciente
	Generosidad	
	Comunicación	
Cualidades intelectuales	Idoneidad	Inteligencia
	Capacidad	Capacidad de resolver problemas
	Actualización	
Destrezas	Manuales	
	Clínicas	
	Investigación	
	Docente	
	Creatividad	

promiso, y capacidad docente no marcaron diferencias entre grupos etarios, pero sí predominó la capacidad de resolver problemas en los menores de 30 años, y la idoneidad y honestidad en mayores de 50 años.

Se categorizaron las cualidades en texto libre (Tabla 1) entre 262 respondedores. Hubo predominio de cualidades actitudinales (mediana 4, rango: 0-9) sobre las intelectuales (mediana 1, rango 0-4) y las destrezas (mediana 0, rango: 0-4). Al comparar con la prueba de Mann-Whitney las cualidades propuestas entre aquellos que recordaban tener un modelo de identificación versus aquellos que no lo recordaban, no surgen diferencias significativas para cualidades actitudinales ($p=0.191$), intelectuales ($p=0.606$) y destrezas ($p=0.404$). Tampoco hubo diferencias entre perfiles definidos por los respondedores según grupo etario en la prueba de Kruskal-Wallis ($p=0.494$, 0.330 y 0.473 para actitudes, intelectuales y destrezas respectivamente).

De un total de 1490 cualidades referidas como texto libre (Tabla 1) el 67% correspondía a cualidades actitudinales como honestidad, compromiso, respeto. Mientras que es 23% correspondían a destrezas y sólo el 10% a intelectuales (conocimiento, capacidad de resolver problemas, etc). No se observaron diferencias en los perfiles referidos por médicos o estudiantes o especialidades clínicas o quirúrgicas.

DISCUSIÓN

Resumiendo las conclusiones del presente estudio, el 82% ha tenido modelos de identificación, más frecuente en médicos que en estudiantes, más en clínicos que en cirujanos, y el momento más frecuente de aparición de dicho modelo fue durante la residencia. El número de modelos fue irrelevante, tanto a nivel global como en las especialidades.

Las cualidades predominantes en los modelos de identificación fueron: inteligencia, dedicación al tra-

Tabla 2
Cualidades más votadas según componentes
del perfil profesional

Tipo	N	%
Actitudinales	998	67
Destrezas	345	23
Intelectuales	147	10
Total	1490	100

bajo, capacidad docente y compromiso. Predominó en los médicos la identificación con la inteligencia y con la capacidad de autocrítica, y en los estudiantes con la capacidad de comunicación. Predominó en los clínicos la identificación con el compromiso, la capacidad de comunicación y la capacidad docente, y en los cirujanos con las destrezas manuales.

Los mayores se identifican más con la idoneidad y honestidad, en tanto que los más jóvenes prefieren la resolución de problemas.

En el modelo ideal propuesto predominan las cualidades actitudinales, sin diferencia por grupo etario ni por haber tenido o no un modelo de identificación previo.

En la actualidad estamos asistiendo a una transformación corporativa de la asistencia médica que tiende de forma creciente hacia un sistema de salud cada vez más orientado hacia el negocio y donde las claves son el costo, los beneficios y la competitividad. Esta situación conlleva el peligro de reducir el status de los pacientes de personas afligidas al status de usuarios-consumidores, denuncias por malapaxis, etc. En los últimos años, en respuesta a estos peligros, han surgido algunos proyectos importantes. Podemos mencionar el «Proyecto Profesionalismo» desarrollado por el American Board of Internal Medicine (ABIM, 1990), el «Medical School Objectives Project» de la Association of American Medical Colleges (1999), el enfoque del profesionalismo dado por el American Board of Pediatrics (2000) y el «Outcome Project» del Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACFGME) (2000), del Instituto de Educación Médica Internacional (IIME-1999) en el Proyecto GMR sobre «Valores profesionales, Actitudes, Conducta y Ética», «Ser médico, hoy» (España, Junio 2006) por la Fundación Educación Médica y el Consejo General de Colegios (CGCM) que subraya las características del profesionalismo médico. Todos los proyectos acuerdan que la misión fundamental de los médicos es asegurar el bienestar de sus pacientes y reafirman la validez de los principios bioéticos. Por ello, la educación médica tiene la obligación de concienciar a los estudiantes de la existencia de estos conflictos entre las obligaciones tra-

dicionales y los imperativos del mercado, para que estén mejor preparados para defender sus valores profesionales en el nuevo clima comercial⁷.

De acuerdo con lo reportado en la literatura⁶, en nuestro estudio el 82% de los encuestados ha tenido modelos de identificación, más frecuente en médicos que en estudiantes, más en clínicos que en cirujanos, y más frecuentemente adquirido durante la residencia. En general, los encuestados reconocen múltiples modelos, no difiriendo en ello las diferentes características analizadas. La observación del momento de aparición es consistente con una cualidad dinámica de la adquisición de modelos de identificación. Probablemente el cambio cuali-cuantitativo que representa la residencia mejora el umbral para poder identificar un ejemplo imitable, por lo menos a corto plazo.

Un estudio en Canadá sobre 136 recién graduados⁸ exploró la presencia de modelos durante la carrera, hallándose el mismo en el 90%, identificándose como más frecuentes: personalidad, destreza y competencia clínica y habilidades técnicas, siendo la posición académica y la experiencia en investigación las menos importantes. La exposición a un modelo en particular se asocia fuertemente con la elección de la especialidad, más para especialidades clínicas (y dentro de las mismas más para pediatría) que para quirúrgicas.

En España, los médicos internos residentes (MIR) antes de entrar en la residencia reciben poca formación en responsabilidad médica, valores y actitudes. La licenciatura de Medicina ofrece un escaso porcentaje de créditos de asignaturas que enseñan a transmitir estos valores. El sistema de formación de médicos debe, por tanto, adaptarse a una realidad cambiante. Se debería incidir en la transmisión de los principios y los valores, ya que constituyen la piedra angular de la formación de los médicos internos residentes. Enseñar y transmitir estos valores, forma parte del trabajo de los médicos experimentados. Los médicos tienen la responsabilidad de compartir el conocimiento y la información con sus colegas y pacientes. Esto incluye enseñar las habilidades clínicas y comunicar los resultados de la investigación científica a los compañeros, estudiantes de medicina, médicos residentes y otros proveedores de atención médica. El residente aprende mientras trabaja y sigue un proceso de progresiva maduración en la que el equilibrio entre formación y responsabilidad de la asistencia es progresivo. Como profesional contrae una serie de responsabilidades con los pacientes, y con la sociedad, que le obligan en su práctica profesional⁹.

El médico de hoy, ha pasado de ser un profesional liberal a ser un funcionario que, rendido en parte a las exigencias del sistema, parece haber reemplazado la práctica basada en la vocación y los valores mé-

dicos por una relación médico-paciente despersonalizada, dando más importancia al sinfín de datos clínicos de los que dispone, al cumplimiento de objetivos, a la realización de tareas administrativas y al mare magnum burocrático que al proceso de curación en sí mismo.

El cambio, como era de esperar, ha afectado también a la actitud del paciente ante el médico. El paciente dispone más que nunca de una gran cantidad de información, lo que implica mayor exigencia de atención médica y, por lo tanto, facilita la insatisfacción hacia el sistema de salud en general. Desde hace unos años, no es extraordinario para un profesional de la Medicina que un paciente se presente en su consulta con una serie de documentos impresos de Internet que contienen amplia información sobre la patología que adolece. Llegados a este punto al médico no le queda más opción que ponerse a la defensiva y centrarse en evitar una denuncia por parte de los ahora llamados «usuarios». Y esta situación, ¿cómo la viven los estudiantes de Medicina? La docencia de grado en las Facultades de Medicina del Estado Español se divide en dos ciclos: ambos están desprovistos de entrenamiento de destrezas actitudinales, siendo la formación en valores es una asignatura pendiente para la Educación Médica en el Estado Español¹⁰.

Otra encuesta¹¹ relacionó el momento de elección del modelo con el momento de elección de la especialidad, hallando que el 65% de los estudiantes había elegido el modelo antes que la especialidad.

En nuestro estudio, las cualidades predominantes en los modelos de identificación fueron: inteligencia, dedicación al trabajo, capacidad docente y compromiso. Sobresalió entre los médicos la valoración de la inteligencia y la capacidad de autocrítica, y en los estudiantes de la capacidad de comunicación. Prevalció en los clínicos la identificación con el compromiso, la capacidad de comunicación y la capacidad docente, y en los cirujanos con las destrezas manuales. Los mayores se identifican más con la idoneidad y honestidad, en tanto que los más jóvenes prefieren la resolución de problemas. En el modelo ideal propuesto predominan las cualidades actitudinales, sin diferencia por grupo etario ni por haber tenido o no un modelo de identificación previo. Estas identificaciones se relacionan con las necesidades inherentes al momento de la formación profesional y a las demandas propias de la especialidad desarrollada.

Cualquier aproximación a la definición de las competencias que el alumno debe adquirir a su paso por las Facultades de Medicina, incluye la definición y organización de aquellas que se refieren al ámbito de los valores que le son propios a la profesión médica¹².

Tanto las instituciones sanitarias como educativas están de acuerdo en que además de todo aquello que podríamos englobar dentro de la «pericia clíni-

ca», es preciso que la formación abarque también «los valores humanos»¹³.

Frente al modelo «heroico» de medicina –que rechaza los límites del hombre– surge hoy un modelo humanístico o paliativo que intenta comprender la vulnerabilidad, la declinación y el final de la vida humana al encuentro de una ética del cuidado. En la Universidad se enseña a salvar vidas. Así, aunque sea inconscientemente, la muerte de nuestro enfermo la vamos a interpretar como un fracaso profesional. Hay necesidad de abordar reformas encaminadas a lograr un perfil de formación médica más centrada en la dimensión humana del paciente y en sus necesidades como persona. No se trataría tanto de incorporar nuevas áreas de conocimiento como de introducir una filosofía de la medicina más integradora y humanista que impregne con eficacia todo el currículo¹⁴.

Debe estimularse la capacitación de los estudiantes en las llamadas «ciencias blandas», respecto a la exploración de costumbres, creencias, lenguajes (culturas)¹⁵.

Algunos autores consideran que hay un abismo entre lo que se enseña desde la teoría sobre los aspectos humanísticos y «jugar el rol». Sugieren que los educadores busquen las razones sociales e históricas de tal desatención en el proceso educativo, mejorando su desarrollo en el área ética y educativa (investigación filosófica, aprendizaje situacional y observacional, prácticas reflexivas)¹⁶.

Un trabajo en nuestro medio¹⁷ con entrevistas a 64 médicos recién graduados y 120 profesores, planteó un Perfil encuestando opiniones acerca de la relevancia de las cualidades motivacionales, cognitivas, estratégicas, afectivas y éticas, halló como predominantes en dicho estudio: la vocación dentro de las cualidades motivacionales, la experiencia dentro de las cualidades cognoscitivas, la humildad y dedicación dentro de las cualidades estratégicas, la relación médico paciente dentro de las cualidades afectivas y la conciencia social (médicos recién graduados) y la moral (profesores) dentro de la ética. Globalmente, imperó la ética en los profesores y la honestidad en los médicos recién graduados. Ambos coincidieron como prioridad de enseñanza las cualidades cognoscitivas.

Una encuesta de autoevaluación de competencias se realizó en 95 profesionales en formación de posgrado, a fin de determinar diferencias de género. En tanto que los hombres se destacaban en publicaciones y conocimiento científico, las mujeres lo hacían en destrezas comunicacionales y habilidad para resolver problemas¹⁸.

Price y colaboradores¹⁹ en 1971 desarrollaron una investigación para conocer las principales características del médico ideal; participaron en ella académi-

cos, médicos tratantes, enfermeras, pacientes y público, generando una lista de 116 rasgos: 87 rasgos positivos y 29 rasgos que no debería poseer un médico calificado.

Hiatt²⁰, tratando de descubrir orientaciones en un Perfil Profesional, sostiene que los grandes lineamientos de un perfil serían: óptimo cuidado médico del paciente; discernimiento crítico en el campo científico, y responsabilidad frente a la sociedad.

Barondess²¹ enfoca el Perfil Profesional en áreas tales como: medicina con base científica, competencia clínica profunda, empatía y compromiso con los pacientes; estudios interdisciplinarios y compromiso con un medio social cambiante. Estos intentos se orientaron ya a lo estrictamente profesional; ya a lo académico de preferencia, o a lo profesional y académico, como un todo. Es decir, se ha tenido muy en cuenta lo que exige la vida profesional como tal, como asimismo lo que el proceso educacional de nivel superior es capaz de brindar a una persona que tendrá necesariamente que contar con las herramientas que le permitan unas autoformación sostenida para toda su vida.

Wright y colaboradores⁶ estudiaron a profesores que fueron identificados como excelentes modelos por estudiantes y médicos jóvenes. El 90% identificó uno o más modelos. Ellos encontraron que las cualidades importantes fueron: una actitud positiva hacia los jóvenes, compasión por los pacientes e integridad moral. Las habilidades clínicas y el entusiasmo por su especialidad fueron también muy apreciados. También fue una característica relevante la generosidad con el tiempo brindado a los educandos. El éxito profesional y económico no fue seleccionado prioritariamente en su estudio. Algunos autores señalan que la relación estudiante docente tiene gran relevancia en el currículo oculto²².

Asegurar transparencia en el proceso académico, tratar con respeto a los estudiantes, y demostrar conductas éticas por parte de docentes, staff, jefes y residentes, es fundamental en el proceso de modelaje, dado que los estudiantes reconocen fácilmente la desconexión entre valores profesionales explicitados e implícitos en el proceso que observan²³. Los modelos de identificación proveen un importante camino al profesionalismo. Un modelo de observación de estudiantes a docentes (SCOOP) durante el proceso asistencial mejora las competencias interpersonales y de comunicación²⁴.

En una encuesta abierta²⁵, los estudiantes y médicos jóvenes definieron características de modelos, prefiriendo los estudiantes modelos con perfiles docentes, y los residentes modelos con perfil de supervisor. Estos diferentes perfiles sugieren que la caracterización del modelo de identificación va variando según el momento de la formación profesional.

Nuestro estudio tiene 3 limitaciones en cuanto a su interpretación:

1. El porcentaje de no respondedores es de 38%, especialmente entre los encuestados por vía de correo electrónico. Como las encuestas fueron anónimas, no tenemos forma de establecer que el perfil de los respondedores sea similar a los no respondedores. No obstante, desde el punto de vista de las características señaladas, las tres poblaciones fuente son homogéneas.
2. Existe la posibilidad de que el ofrecer una lista de características produzca un efecto de arrastre que contamine la selección de cualidades en forma de texto libre. No obstante cuando se analizan las 3 primeras características reportadas en texto libre, sólo un 33% coincidían con alguna de la lista cerrada ofrecida previamente a los encuestados.
3. Finalmente, otra limitación inherente a las encuestas es la posible tendencia de los respondedores a referir características ideales, no reales (lo que debería ser, no lo que es). En ese sentido, Simon Sinclair²⁶ que realizó estudios de observación in situ en escuelas de medicina y residencias sobre la imitación de conductas en los estudiantes y médicos jóvenes, reportó que existe una divergencia entre los modelos que los sujetos seleccionan y las conductas que realmente asumen. Esta potencial limitación es difícil de vencer con este instrumento y da cuenta del divorcio entre el deber y el ser. Este antropólogo sugiere que existe cierta incongruencia entre los modelos referidos por encuestas y las conductas que realmente emulan los jóvenes. En observaciones realizadas en el campo, se constató que las conductas más imitadas son las de los personajes más fuertes y con mayor status institucional, imágenes más relacionadas con el poder. Esto significaría que las respuestas dadas en las encuestas constituyen más la descripción de un deber ser que de una conducta real, lo que marca una dicotomía entre las características valoradas como deseables y aquellas que se perciben como la clave para el éxito profesional.

RECOMENDACIONES

Un modelo de identificación podría ser un vehículo adecuado para la adquisición de conocimientos, actitudes, destrezas y valores éticos, por lo cual la caracterización del proceso de adquisición del modelo de identificación brinda información potencialmente útil para la planificación estratégica que contribuya a la concreción del perfil deseado. Esta observación debería ser considerada en la selección de profesores, tutores y otros individuos que participan de la educación del médico en formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. De los Santos A; Bernabó J. El Examen Clínico Objetivo Estructurado: un instrumento para la evaluación de la competencia. *Medicina* 1991, 51: 568.
2. Bernabó J. El diseño del currículo en una Escuela de Medicina. *Prensa Médica Argentina* 1989, 76: 606.
3. Schiappacasse E y col. Perfil profesional del médico. *Educ Med Salud* 1984, 18: 359.
4. Moya L. Profesiograma para el currículo. Documento inédito. Chile. 1974.
5. Mausley R. Role Models and the Learning Environment: Essential Elements in Effective Medical Education. *Acad Med* 2001; 76: 432.
6. Wright S, Kern D, Kolodner K, Howard D, Brancatti F. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med* 1998; 339: 1986.
7. Wojtczak A. Profesionalismo médico: una problemática global. *Educ Med* 2006; 9: 48-49.
8. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. *J Gen Intern Med.* 1997; 12: 53-56.
9. Ryan Murua P. Cómo y dónde se encuentra la profesión médica: Visión de un médico especialista en formación. *Educ Med* 2006; 9 (supl.1): 5-8.
10. Teres Castillo C. Qué está pasando con los valores profesionales en la formación de los médicos. Visión del alumno. *Educ Med* 2006; 9 (supl.1): 9-11.
11. Basco W, Routt Reigart J. When Do Medical Students Identify Career-influencing Physician Role Models? *Acad. Med.* 2001; 76: 380-382.
12. Millan Nunez-Cortes J, Garcia Seoane J, Calvo Manuel E et al. La transmisión de los valores médicos: competencias específicas. *Educ Med* 2006; 9 (supl.1): 24-28.
13. Villanueva Marcos JL. Necesidad de adquirir competencias en valores y actitudes. *Educ Med* 2006; 9 (supl.1): 39-41.
14. Gomez Sancho M. Transmisión de los valores médicos en la Universidad. *Educ Med* 2006; 9 (supl.1): 44-48.
15. Boutin-Foster C, Foster JC, Konopasek L. Viewpoint: physician, know thyself: the professional culture of medicine as a framework for teaching cultural competence. *Acad Med.* 2008; 83: 106-111.
16. Kenny NP, Mann KV, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med.* 2003; 78: 1203-1210.
17. Agrest A. Cualidades deseables en los médicos. *Medicina* 1988, 48: 201.
18. Bakken LL. Who are physician-scientists' role models? Gender makes a difference. *Acad Med.* 2005; 80: 502-506.
19. Price P; Lewis G; Loughmiller D. Attributes of a good practicing physician. *J Med Ed* 1971, 46: 229.
20. Hiatt H. The responsibilities of the physician as a member of society: The invisible line. *J Med Educ* 1975, 51: 30.
21. Baroness J. The future physician: realistic expectations and curricular needs. *J Med Educ* 1981, 56: 381.
22. Haidet P, Stein HF. The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process. *J Gen Intern Med.* 2006; 21 Suppl 1: S16-20.
23. Brainard AH, Brislen HC. Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. *Acad Med.* 2007; 82: 1010-1014.
24. Jones WS, Hanson JL, Longacre JL. An intentional modeling process to teach professional behavior: students' clinical observations of preceptors. *Teach Learn Med.* 2004; 16: 264-269.
25. Paukert J, Richards B. How Medical Students and Residents Describe the Roles and Characteristics of Their Influential Clinical Teachers *Acad. Med.* 2000; 75: 843-845.
26. Sinclair S. Making doctors: an institutional apprenticeship. Oxford: Berg 1997.

ANEXO I. ENCUESTA REALIZADA

ENCUESTA SOBRE VALORES Y VIRTUDES EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

El objetivo de esta encuesta es relevar información sobre los valores y virtudes que los médicos aprecian como esenciales en el perfil profesional. Gracias por su participación.
Por favor, complete este formulario.

- 1) Edad:
- 2) Especialidad: Clínica Quirúrgica Diagnóstico Estudiante
- 3) Año de graduación:
- 4) Sexo: Fem Masc
- 5) Universidad de origen:
- 6) Recuerda alguna(s) persona(s) que haya(n) influido trascendentemente en su formación profesional?
 Sí No
Si su respuesta es NO continúe con el ítem N° 12
Si su respuesta es SI continúe con el ítem N° 7.
- 7) ¿Cuántas personas considera que han sido modelos para su formación profesional?
 1 2 3 4 5 o más
- 8) Las personas que actuaron como sus modelos fueron:
 médicos asistenciales
 médicos o no médicos investigadores
 personas no relacionadas con la actividad médica
 médicos docentes
- 9) La persona que más influyó en su formación profesional lo hizo en calidad de:
 médico asistencial
 investigador
 docente
 Otro
Podría mencionar su nombre?
- 10) ¿ En qué momento de la carrera conoció a esa persona?
 1º a 3º año
 4º a 6º año
 Residencia
 Postresidencia
- 11) Marque con X las 5 principales cualidades que admiró en las personas que actuaron como modelos para Ud.

<input type="checkbox"/> Inteligencia	<input type="checkbox"/> Liderazgo	<input type="checkbox"/> Capacidad docente
<input type="checkbox"/> Simpatía	<input type="checkbox"/> Compromiso	<input type="checkbox"/> Idoneidad
<input type="checkbox"/> Altruismo	<input type="checkbox"/> Autocrítica	<input type="checkbox"/> Éxito económico
<input type="checkbox"/> Capacidad de comunicación	<input type="checkbox"/> Integridad	<input type="checkbox"/> Honestidad
<input type="checkbox"/> Dedicación al trabajo	<input type="checkbox"/> Creatividad	<input type="checkbox"/> Compasión
<input type="checkbox"/> Éxito profesional	<input type="checkbox"/> Generosidad	<input type="checkbox"/> Habilidades clínicas
<input type="checkbox"/> Capacidad de resolver problemas	<input type="checkbox"/> Destrezas manuales	<input type="checkbox"/> Otra:
- 12) Por favor, liste los valores y virtudes que más aprecia en un profesional médico

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios:

.....

.....

.....

.....